Szczecin, ………………………………. r.

**Dyrektor Szkoły Doktorskiej**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **PESEL** |  |
| **DATA ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA  W SZKOLE DOKTORSKIEJ** |  |
| **TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** |  |
| **DYSCYPLINA NAUKOWA** |  |
| **WNIOSKOWANY TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** |  |
| **STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY**  **IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA** |  |
| **JEDNOSTKA PROMOTORA** |  |
| **STOPIEŃ NAUKOWY**  **IMIĘ I NAZWISKO**  **PROMOTORA POMOCNICZEGO** |  |

|  |
| --- |
| **POWÓD PRZEDŁUŻENIA ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ[[1]](#footnote-1)** |
| [\_\_\_] wystąpienia istotnych nieprzewidywalnych zdarzeń losowych, uniemożliwiających doktorantowi dotrzymanie terminów realizacji zadań określonych w indywidualnym planie badawczym  [\_\_\_] czasowej niezdolności do realizacji programu szkoły doktorskiej spowodowanej długotrwałym zwolnieniem lekarskim (powyżej 3 miesięcy)  [\_\_\_] konieczności sprawowania długotrwałej osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny  [\_\_\_] przygotowania rozprawy doktorskiej w formie cyklu publikacji, jeżeli wydanie publikacji znacząco opóźnia się z przyczyn niezależnych od doktoranta |
| **UZASADNIENIE PRZEDŁUŻENIA TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** |
|  |
| **OPINIA PROMOTORA/ PROMOTORÓW** |
|  |

…………………………………….

(czytelny podpis doktoranta)

……………………...……………………………………… ………………………………………………………………

(czytelny podpis promotora pomocniczego) (czytelny podpis promotora)

|  |
| --- |
| **DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ** |
| **[\_\_\_] wyrażam zgodę [\_\_\_] nie wyrażam zgody**  na przedłużenie terminu złożenia rozprawy doktorskiej do dnia ...............................................  ……………………………………………………………  podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej) |

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)